UNIVERSITE DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N° 32

LES

KYSTES DERMOÏDES

DU RAPHÉ ANO-BULBAIRE

*

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 22 Février 1922

PAR

Henri JEAN

Né à Saint-Christol (Hérault), le 21 Mars 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse	ESTOR, professeur, *Président*	
	JEANBRAU, professeur.	*Assesseurs*
	ETIENNE, agrégé.	
	LAPEYRE, agrégé.	

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1922

LES KYSTES DERMOÏDES

DU

RAPHÉ ANO-BULBAIRE

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41547021_0113

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTÉ DE MÉDECINE N° 32

LES

KYSTES DERMOÏDES

DU RAPHÉ ANO-BULBAIRE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 22 Février 1922

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

PAR

Henri JEAN

Né à Saint-Christol (Hérault), le 21 Mars 1894

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse	ESTOR, professeur, *Président.*	
	JEANBRAU, professeur.	*Assesseurs.*
	ETIENNE, agrégé.	
	LAPEYRE, agrégé.	

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN, ET MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et Quai du Verdanson

1922

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie	MM. GILIS.
Histologie	VIALLETON.
	GRYNFELTT
Physiologie	HEDON.
Physique médicale	N...
Chimie biologique et médicale	DERRIEN, *doyen.*
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Anatomie pathologique	MASSABUAU.
Microbiologie	LISBONNE
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC.
Pathologie interne	N...
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.
Hygiène	BERTIN-SANS (H.)
Médecine légale et toxicologie	N...
Clinique médicale	DUCAMP.
	VEDEL.
Clinique chirurgicale	TEDENAT.
	FORGUE, *assesseur*
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET.
Clinique ophtalmologique	TRUC.
Clinique des maladies des enfants	N...
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Clinique gynécologique	DE ROUVILLE.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU.

Honorariat

Doyens honoraires: MM. VIALLETON et MAIRET.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS, RODET et IMBERT

Secrétaires honoraires: MM. GOT et IZARD

Chargés de Cours complémentaires

Anatomie	GRYNFELTT.
Clinique propédeutique de chirurgie	MM. RICHE.
Clinique propédeutique de médecine	RIMBAUD
Clinique des maladies des vieillards	EUZIERE.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	MARGAROT
Médecine opératoire	SOUBEYRAN.
Pathologie chirurgicale	ETIENNE.
Accouchements	DELMAS (P.).
Pharmacologie	GALAVIELLE.
Matière médicale	CABANNES
Clinique des maladies des enfants	LEENHARDT.
Stomatologie	Dr WATON.
Histologie	Dr. GRANEL F.

Agrégés en exercice

Médecine	MM. LEENHARDT.	Chirurgie	MM. RICHE.
	GAUSSEL.		ETIENNE.
	EUZIERE.		LAPEYRE.
	RIMBAUD.	Accouchements	DELMAS (P.)
	MARGAROT.	Histoire natur.	GALAVIELLE
Anatomie	DELMAS (J.)		CABANNES.
Chimie	MESTREZAT	Physique	PECH.

Examinateurs de la thèse:

MM. ESTOR, profes., *Président.* | MM. RICHE, agrégé.
JEANBRAU, professeur. | ETIENNE, agrégé.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON GRAND-PÈRE

A MA MÈRE, A MON PÈRE

Faible témoignage de ma reconnaissance
et de mon profond amour filial.

A MON FRÈRE, A MA SŒUR

A MES PARENTS, A MES AMIS

H. JEAN.

A MONSIEUR LE DOCTEUR ÉTIENNE

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR ESTOR

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE ET ORTHOPÉDIE

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON JURY DE THÈSE

A TOUS MES MAITRES

H. JEAN.

LES KYSTES DERMOÏDES

DU

RAPHÉ ANO-BULBAIRE

INTRODUCTION

On rencontre au niveau du raphé ano-bulbaire, des tumeurs congénitales et des tumeurs de nouvelle formation. Les tumeurs d'origine congénitale sont représentées à ce niveau par des kystes mucoïdes et des kystes dermoïdes.

Mermet a fait une excellente étude de ces formations qu'il désigne sous le nom de : kystes congénitaux du raphé périnéo-génital.

Ces kystes sont assez rares, ils doivent être séparés des tumeurs des bourses, en particulier des kystes dermoïdes du scrotum.

Malgré l'observation ancienne de Elsholt qui date de 1673, ce n'est que dans ces dernières années qu'on a bien étudié les kystes dermoïdes du raphé périnéal ; un certain nombre d'observations furent publiées dans la première moitié du XIX^e^ siècle, mais la question ne fut mise au point

que par les travaux de Verneuil, Lannelongue et Achard et la revue de Mermet dans la *Revue de Chirurgie.*

Comme nous l'avons indiqué, ce sont des formations rarement rencontrées. Ces kystes se trouvent toujours chez l'homme, car chez la femme le raphé périnéal ne présente qu'une longueur minime; de plus, ces tumeurs étant la conséquence d'une anomalie de développement des organes génitaux externes, elles ne peuvent se rencontrer dans le sexe qui présente un développement très réduit de ces organes.

La présence fréquente des kystes dermoïdes chez des sujets jeunes, s'explique par la notion de congénitalité. On les rencontre d'ailleurs également chez des adolescents ou des adultes.

M. le professeur Etienne et M. le docteur Aimes, ayant observé un cas de kyste dermoïde de la région ano-bulbaire, qu'ils communiquèrent à la Société des Sciences médicales de Montpellier, nous ont fait l'honneur de nous proposer comme sujet de thèse un travail sur ces tumeurs intéressantes par leur rareté.

Nous avons pu en outre recueillir quatre observations publiées par Mermet dans la *Revue de Chirurgie* en 1895, que nous reproduisons dans notre travail.

Voici quel est le plan que nous suivrons dans cette étude:

Après avoir reproduit les observations, nous passerons en revue la symptomatologie, l'anatomie pathologique, l'étiologie et pathogénie, et discuterons le diagnostic.

Enfin, après avoir indiqué le traitement, nous nous permettrons de tirer quelques conclusions.

OBSERVATIONS

Observation Première

Tumeur congénitale du périnée. — Excision. — Guérison. — G. R, (*Trans. path. Soc. Lond.* 1884-85, t. XXXVI., p. 417)

W. T..., 18 ans, est admis à « Seamen's Hospital » de Grenwich, pour une blennorrhagie.

Etat actuel. — Pendant son séjour, on découvre qu'il est porteur d'une tumeur congénitale du périnée. Celle-ci se présente sous forme d'une saillie assez marquée, globuleuse, située immédiatement au devant de l'anus sur la ligne médiane et du volume d'une noix environ. Elle paraît tout à fait superficielle, kystique, et à la palpation, on a l'impression qu'elle contient de la matière sébacée. Par la pression, elle diminue de volume et une autre saillie apparaît aussitôt en avant d'elle, à un pouce et demi environ, sur la ligne médiane du périnée. Le contenu de la portion globuleuse postérieure peut, par une pression assez ferme, être refoulé entièrement dans la portion longitudinale antérieure et vice versa; dans ce dernier cas, le périnée au devant de la tumeur globuleuse, reprend son aspect naturel.

Le malade n'a jamais éprouvé aucun trouble, ni ressenti aucun inconvénient par suite de la présence de la tumeur.

Opération; excision; guérison.

Observation II

Kyste congénital du périnée. — O. Lannelongue et Achard. (*Traité des Kystes congénitaux*, 1886, P. 454.)

F. A..., 2 ans, entre le 14 mai 1179 à Sainte-Eugénie, salle Napoléon n° 17.

Début. — La tumeur pour laquelle la mère présente l'enfant est congénitale et a grossi seulement depuis dix mois; auparavant, elle n'avait que le volume d'une noisette.

Etat actuel. — Elle occupe la région périnéale du côté gauche, depuis le scrotum jusqu'à un centimètre de l'anus; elle déborde un peu à droite la ligne médiane; son volume est celui d'une noix, sa forme arrondie, sa consistance très régulière; elle est élastique et fluctuante; placée immédiatement sous la peau, elle glisse également dans tous les sens sur les parties profondes.

Opération. — Le 21 mai, extirpation de la tumeur, qui n'offrait pas de pédicule et que rien ne semblait rattacher aux parties profondes. Guérison simple.

Examen. — A l'excision du kyste, il en sort un liquide jaune verdâtre.

Observation III

Kyste dermoïde du raphé périnéal et du scrotum. — Reclus P. (*Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1893, p. 327) et Retterer Ed. (*Bulletin de la Soc. de Biol.* 1893, s. 9., t. V. p. 751)

X..., 29 ans, débardeur, entré à l'Hôpital de la Pitié, pour des accidents de brightisme, est trouvé porteur d'une tumeur bizarre du périnée antérieur.

Début. — De tout temps, le malade avait senti dans la région ano-scrotale, un soulèvement anormal; les parents l'auraient aperçu dès la naissance et lui-même, aussi loin que son souvenir remonte, se rappelle l'avoir vu, non avec son développement actuel, mais en miniature pour ainsi dire.

Marche. — C'est en effet au moment de la puberté que la tumeur prit les proportions plus considérables qu'elle a gardées depuis.

Etat actuel. — En arrière du scrotum, à égale distance des bourses et de l'anus, il existe une tumeur du volume et de la forme d'une amande; elle est située sur la ligne médiane, et paraît n'être en définitive qu'une distension d'un segment limité du raphé. La peau qui la recouvre est lisse, un peu amincie et sa surface est parcourue d'un lacis veineux apparent. La masse en est molle, dépressible et semblable à une poche à parois flottantes et trop larges pour la substance qu'elle contient; celle-ci se laisse malaxer et donne la sensation de la matière butyreuse des kystes sébacés. La tumeur est en partie réductible et, lorsqu'on la comprime d'une manière continue, elle s'affaisse et l'on voit se gonfler deux diverticules, l'un antérieur, l'autre postérieur. Le premier suit le raphé auquel il se substitue et s'étend de la tumeur au scrotum sur lequel il se perd; c'est un trajet canaliculaire moniliforme, où l'on compte cinq bosselures du volume d'un petit pois, séparées les unes des autres par des parties étranglées dont le diamètre ne mesure guère que deux ou trois millimètres; lorsqu'on presse sur la tumeur centrale, on voit saillir et bomber chacune de ces bosselures, le raphé médian s'érige pour ainsi dire, puis s'affaisse lorsqu'on cesse de comprimer la poche, réservoir principal de la

matière butyreuse. Même prolongement en arrière, moniliforme comme le précédent; comme lui, il se distend par l'afflux de la substance que l'on refoule de la tumeur médiane, mais il est moins considérable, et en définitive, ce diverticule, alternativement étranglé et dilaté, rappelle un vaisseau lymphatique, coupé de valvules, et dans lequel on aurait injecté du mercure.

Opération. — Après diagnostic de kyste dermoïde et anesthésie cocaïnique, extirpation de la tumeur avec la plus grande facilité, le kyste n'adhérant pas à la peau du scrotum. Réunion primitive malgré l'albuminurie.

Examen macroscopique. — Le kyste est situé dans le tissu cellulaire sous-cutané. Sa paroi est épaisse, son contenu formé de matières grasses, sans pus.

Observation IV

Kyste dermoïde du raphé périnéo-scrotal. — Mermet P. (*Bull. Soc. amat.*, 1894, S. 5 A. VIII, p. 54)

L. B..., 23 ans, plombier-couvreur, entre à l'Hôpital Ricord, salle 2, n° 24, le 8 janvier 1894, pour un bubon suppuré; durant son séjour, on découvre qu'il est porteur d'une tumeur du raphé scrotal.

Antécédents. — Antécédents héréditaires et personnels, bons; chancres mous et bubons en fait de maladies vénériennes.

Début. — L'anomalie, dont il est porteur, a été reconnue par lui dès l'époque où il a pu s'observer, soit dès l'âge de 10 ans environ.

Marche. — Depuis la tumeur est restée stationnaire; au dire du malade: telle elle est aujourd'hui, telle elle était à l'âge de 10 ans.

État actuel. — Sur le raphé périnéo-scrotal, on aperçoit, échelonnées à distance les unes des autres, formant un véritable chapelet, huit saillies, siégeant exactement sur la ligne médiane; elles occupent le raphé sur une longueur de 15 centimètres environ, séparées par des distances plus ou moins considérables. Elles varient de la grosseur d'un petit pois à celle d'une amande. Tandis que les tumeurs qui se trouvent sur la face antérieure des bourses n'ont aucun rapport entre elles, celles de la face postérieure communiquent toutes entre elles. Ces tumeurs présentent une fausse fluctuation; elles offrent une vraie réductibilité, c'est-à-dire que, si l'on vient à comprimer l'une, toutes les autres augmentent de volume et le raphé s'injecte et bombe dans les points intermédiaires; il semble qu'à ce moment, on ait au niveau de celles-ci, la sensation de noisettes enchassées sous la peau et au niveau du raphé celle non moins caractéristique d'un vaisseau injecté de suif, dont on peut nettement délimiter l'étendue.

Outre ces caractères particuliers, ces tumeurs kystiques offrent des caractères communs. Elles sont lisses, arrondies, non bosselées; la peau à leur surface est très amincie, distendue, si bien qu'on aperçoit les plus petits vaisseaux cutanés et qu'on peut voir par transparence le contenu jaunâtre de ces poches, elle ne présente pas de changement de coloration. A la palpation, ces tumeurs ont une consistance pâteuse, une mollesse toute spéciale. Elles ne sont nullement douloureuses et incommodent si peu le malade qu'il se refuse à toute extirpation.

Observation V

MM. Etienne et Aimes. *Société des sc. méd. de Montpellier*

A..., âgé de 12 ans, entre dans le service de M. le professeur Estor, le 6 octobre 1912, pour une tumeur de la région ano-scrotale.

Rien à signaler dans les antécédents. Pas de malformation congénitale chez les ascendants ou chez les collatéraux.

L'enfant est bien portant, solidement bâti, beaucoup plus développé que ne le sont habituellement les enfants de son âge.

Tous les organes sont sains. La tumeur siège exactement au niveau du raphé périnéal; elle est nettement indépendante du scrotum et à 2 centimètres environ de l'anus. Cette tumeur unique est lisse, régulière, à peu près pédiculée; ce pédicule est large. Pas de bosselure.

La peau qui recouvre la tumeur est de coloration normale et ne présente que de fines veinosités. A la palpation, la tumeur est parfaitement limitée, n'a pas de pédicule; elle n'est pas adhérente aux plans musculo-aponévrotiques ou aux os voisins. Elle est indolore, irréductible et n'augmente pas sous l'influence des efforts

Sa consistance est pâteuse; pas de fluctuation ni de pseudo-fluctuation.

D'autre part, l'interrogatoire nous a appris que cette tumeur, constatée dès la naissance avait progressivement

augmenté de volume sans entraîner de troubles fonctionnels.

Le diagnostic s'imposait et malgré la rareté de pareils faits, nous ne pouvions avoir sous les yeux qu'un kyste dermoïde du raphé périnéal.

Le 9 octobre 1912, opération; une incision elliptique circonscrit le point d'implantation cutané et le kyste est extirpé en totalité sans difficulté aucune.

Suture sans drainage.

Suites opératoires. — Le malade, indocile, s'agite beaucoup et la plaie se désunit partiellement. Guérison rapide sans autre incident.

La pièce a le volume d'un œuf et comprend le kyste et la peau qui le recouvre.

L'ouverture du kyste nous montre une seule cavité remplie par cette bouillie jaunâtre, contenu classique des kystes dermoïdes.

La paroi est de faible épaisseur. L'étude histologique a montré qu'elle était fournie par du tissu conjonctif, tapissée en dehors par le revêtement cutané, en dedans par un épithélium pavimenteux pluristratifié non corné.

Les papilles sont peu prononcées; pas d'appareil pilo-sébacé.

Nous nous trouvons donc en présence d'un de ces kystes dermoïdes si bien connus depuis les travaux de Lannelongue et Achard.

SYMPTOMES

La présence de ces kystes est remarquée en général dans les premières années de la vie, mais leur faible dimension et le peu de gêne fonctionnelle qu'ils entraînent peuvent les faire passer inaperçus jusqu'à l'adolescence ou jusqu'à l'âge adulte. A la période d'état, le kyste se présente sous la forme d'une tumeur unique, indolore, de consistance molle, dépressible, parfois rénitente, ou donnant dans des kystes anciens, une sensation de dureté rare à constater. Mermet les compare aux kystes sébacés donnant la sensation d'une tumeur pâteuse, par opposition à la résistance élastique des lipomes.

Ces kystes sont *médians*, siégeant au niveau du raphé ano-bulbaire, ils sont presque toujours uniques et sont situés sous le plan cutané.

Leur aspect clinique est variable, on en a décrit deux formes essentielles: tantôt la tumeur est sphérique, lisse, présentant parfois un pédicule, tantôt une série de formations arrondies se dispose en une traînée moniliforme.

Le volume est évidemment très variable avec le moment où l'on examine la tumeur. Lorsque les kystes sont assez développés, ils deviennent gênants à cause de leur localisation spéciale.

La peau qui les recouvre est d'aspect normal, elle est mobile, sauf s'il se produit une inflammation. Si la poche est volumineuse, la peau se déplisse et devient lisse et amincie.

Il est facile de délimiter la tumeur qui est nettement circonscrite.

Il existe des cas de réductibilité d'une poche kystique dans une poche voisine quand le kyste est disposé en série moniliforme.

Enfin, signalons comme dernier caractère l'opacité des kystes dermoïdes, opacité qui permet de faire le diagnostic avec les kystes mucoïdes, parfois transparents.

Les kystes dermoïdes du raphé peuvent, pendant un long espace de temps, demeurer ainsi à l'état latent, sans causer aucune gêne au sujet. Cette tumeur indolore, de volume invariable, passe souvent inaperçue et ce sera parfois une complication ou une poussée d'accroissement qui attirera l'attention.

Les poussées d'accroissement peuvent se produire à un âge quelconque; la tumeur augmente de volume et c'est à ce moment que le sujet, parfois gêné par le développement du kyste, en réclame l'ablation.

Les complications sont causées par l'infection de la poche; il se produit alors une inflammation révélée par de la douleur et le kyste suppure. Si l'incision ne vient pas évacuer ce pus, l'abcès se fistulise et il persiste un ou plusieurs orifices sans tendance à la guérison spontanée.

La transformation maligne de ces kystes est possible, mais nous ne l'avons pas vu signalée.

Le pronostic est donc bénin. Seule, la fistulisation après ouverture spontanée constitue une infirmité gênante.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Ces kystes sont en général uniques. Ils siègent sur le raphé périnéo-scrotal et sont donc exactement situés sur la ligne médiane. Pour Mermet, on doit distinguer deux formes anatomiques :

1° Le *type circonscrit* à cavité unique, dû à une inclusion limitée à un seul point ;

2° Le *type moniliforme* qui est constitué par une tumeur en forme de canal clos, présentant une série de dilatations séparées les unes des autres par des points rétrécis. Les formations de ce deuxième type sont dues à une inclusion sur une plus grande étendue.

Le volume de ces formations est variable avec :

1° L'étendue de l'inclusion ;

2° L'évolution plus ou moins rapide avec les sujets ;

3° Le moment où est pratiqué l'examen du malade.

Le volume varie depuis les dimensions d'un pois jusqu'à la grosseur d'un œuf de poule en général ; mais on peut observer des kystes plus volumineux encore.

Ils nous présentent, comme tous les kystes dermoïdes, une paroi et un contenu.

La paroi est assez épaisse et formée par une couche de tissu conjonctif tapissée intérieurement par un revêtement analogue à celui de la peau.

Le contenu est représenté par une bouillie jaunâtre, résultat de la desquamation du revêtement épithélial.

Ces kystes peuvent s'infecter, suppurer, se fistuliser. La guérison spontanée peut se faire aussi, mais est rare; habituellement, la fistule persiste et nécessite une intervention chirurgicale.

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

D'après les quelques observations que nous avons pu recueillir, nous remarquons que ces tumeurs sont d'origine congénitale et qu'on les rencontre chez des sujets mâles sains, qui ne présentent aucune malformation et sans antécédents personnels ou héréditaires.

Au point de vue pathogénique, nous nous trouvons en présence de quatre théories:

1° La théorie de la parthénogénèse;

2° La théorie de l'inclusion fœtale;

3° La théorie blastomérique;

4° La théorie de l'enclavement.

C'est cette dernière théorie qui paraît être la meilleure et la plus séduisante pour expliquer la formation des kystes dermoïdes superficiels. Le développement embryologique des régions dans lesquelles on les rencontre nous montre, en effet, clairement leur pathogénie.

La région périnéale passe chez l'embryon humain par trois stades successifs.

1° *Un stade cloacal* dans lequel l'intestin terminal ayant donné par bourgeonnement l'allantoïde, reste en communication avec cette ébauche qui, ultérieurement, deviendra la vessie et l'urèthre postérieur chez l'homme, tout l'urèthre chez la femme.

2° *Un stade périnéal* dû au cloisonnement du cloaque en une loge antérieure uro-génitale et une loge postérieure intestinale. Nous n'insisterons pas sur le mode exact de

division de cette cavité primitivement unique. La théorie de Rathke, trouvée en défaut par Tourneux qui n'avait pas rencontré les replis décrits par cet auteur, a été récemment remise en honneur par les travaux de Retterer, Keibel et Zuckerkandl. Ce qui nous importe, c'est de connaître l'existence d'une cloison frontale qui limite en arrière le sinus uro-génital; en avant les limites de ce sinus sont celles de la partie antérieure de la membrane anale, appelée: *plaque uro-génitale.*

La membrane anale s'est beaucoup épaissie et s'est transformée en une masse appelée: *bouchon cloacal de Tourneux.* Ce bouchon est divisé lui aussi en deux portions par le cloisonnement du cloaque et entre les deux bouchons ainsi formés s'interpose une lame d'ectoderme doublé de mésoderme; c'est le futur périnée.

Les deux bouchons se creusent alors de vacuoles qui, par leur confluence finissent par former un orifice, de telle sorte que le rectum en arrière, le sinus uro-génital en avant s'ouvrent à l'extérieur.

Le stade génital correspond à la formation des organes génitaux externes. L'orifice extérieur du sinus uro-génital est limité en arrière par la saillie des replis de Rathke formant le *bourrelet génital.* La *lame* ou *mur uréthral de Tourneux* parcourt ce bourrelet dans toute sa longueur; cette lame épithéliale peut être rattachée au bouchon cloacal entraîné par le soulèvement du bourrelet ; elle se creuse en gouttière, formant ainsi le sillon uréthral, bordé latéralemnet par les replis génitaux. Le tubercule génital se creuse également en gouttière.

C'est le rapprochement d'arrière en avant de ces gouttières et leur union sur la ligne médiane qui vont créer le *raphé périnéo-scrotal.*

Mais ce développement normal peut être incomplet;

diverses difformités vont alors se produire. Les quelques données embryologiques qui précèdent nous permettent d'en comprendre la pathogénie.

En effet, si la soudure est incomplète au niveau des bords inférieurs des replis génitaux, il y aura formation d'un trajet sous-cutané médian à revêtement ectodermique placé au-dessous de l'urèthre; si ce trajet s'ouvre à l'extérieur, un anomalie rare existe, l'urèthre double.

Si le trajet ne communique pas avec l'extérieur, la prolifération des cellules ectodermiques qui forment son revêtement, nous permet de comprendre facilement la genèse des *kystes dermoïdes du raphé.*

DIAGNOSTIC

Le diagnostic est facile. On pourrait cependant confondre un kyste dermoïde avec un kyste sébacé; le diagnostic ne sera pas aisé si celui-ci est médian ; il sera indiqué parfois par la présence de plusieurs formations semblables et par le point noir central pathognomonique, mais celui-ci est loin d'être constant.

Les lipomes sont situés souvent plus profondément, ils sont sous-cutanés, parfois sous-aponévrotiques. La palpation nous révèle leur résistance élastique, leur lobulation, leur adhérence habituelle.

Le diagnostic s'égarera plus difficilement vers un fibrome qui n'est pas médian, est plus volumineux et dur, vers l'angiome caractéristique par sa consistance, sa coloration, la présence à sa surface de veinosités et par sa réductibilité, vers le molluscum pendulum, pédiculé, sphérique, d'une consistance spéciale.

L'abcès froid est nettement fluctuant, n'est pas toujours exactement médian, est rarement aussi bien limité que le kyste dermoïde.

A la période de suppuration, les commémoratifs nous permettront de différencier les divers abcès chauds de la région : cowpérite, abcès péri-uréthral, abcès urineux.

A la période de fistulisation, il nous faudra rechercher l'origine de la suppuration et par l'examen, reconnaître s'il ne s'agit pas d'une fistule urinaire ou rectale.

TRAITEMENT

Le traitement de choix est l'excision de la poche; on extirpera le kyste en totalité sans l'ouvrir si possible.

L'incision n'est légitime qu'en cas de suppuration. S'il existe une fistule, il est préférable de la circonscrire par une incision ovalaire permettant l'excision de la poche et de l'orifice extérieur et la suture des tissus sains.

CONCLUSIONS

Les kystes dermoïdes du raphé ano-bulbaire sont extrêmement rares.

Ces tumeurs sont d'origine congénitale. Bien que la théorie de l'enclavement paraisse très séduisante pour expliquer leur formation, leur pathogénie reste encore obscure.

Ces tumeurs sont bénignes, puisque nous ne trouvons aucun cas de récidive ni de dégénérescence maligne dans les observations que nous avons pu recueillir.

Le diagnostic est facile; le pronostic est bénin.

Le traitement de choix est l'extirpation du kyste.

BIBLIOGRAPHIE

Broca. — *Chirurgie infantile.*

Mermet. — *Revue de chirurgie,* 1895.

Forgue et Massabuau. — In Le Dentu et Delbet.

Forgue. — *Pathologie externe.*

Etienne et Aimes. — *Revue de chirurgie,* 1913.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque!

En ma qualité de Censeur de tour, j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

Les Kystes dermoïdes du Raphé Ano-Bulbaire.

Par M. Henry Jean.

Je pense que la Faculté peut en permettre l'impression.

Montpellier, le 14 février 1922.
Le Professeur,
ESTOR.

Vu :
Montpellier, le 14 février 1922.
Le Doyen :
E. DERRIEN.

Vu et permis d'imprimer.
Montpellier, le 15 février 1922.
Le Recteur.
Jules COULET.